

2-2 障害者正社員化コース対象労働者詳細（続紙）

（別添様式2-1③に記載した対象労働者の番号を記載し、対象労働者毎の詳細について、以下記載してください）

【番号】

①氏名		②生年月日・年齢	昭和・平成	年	月	日（歳）	
③雇用保険被保険者番号							
④転換の状況 （該当する番号を○で囲む）		1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規					
⑤（多様な正社員への転換の場合のみ） 制度の種類 （該当する番号を○で囲む）		1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度					
⑥正規雇用労働者等への転換日	年	月	日	⑦転換後6か月分の 賃金を支給した日	年	月	日
⑧労働契約法第18条第1項に基づく期間の定めのない労働契約の締結の申込みをする権利を有しているか				有している ・ 有していない			
⑨正規雇用労働者（多様な正社員を含む）または無期雇用労働者として雇用することをあらかじめ約束していたかどうか				約束していた ・ 約束していなかった			
⑩転換日から過去3年以内の当事業主等における雇用状況について							
<ul style="list-style-type: none"> （正規雇用労働者への転換の場合） 当事業主の事業所または密接な関係の事業主（第2面参照）に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用されていた、請負・委任の関係にあったまたは役員に就任していたことがあるか 				<p><※以下のイ、ロ、ハについて、いずれも回答してください></p> <p>イ 当事業主または密接な関係の事業主に、雇用 されていた ・ されていなかった</p> <p>ロ 当事業主または密接な関係の事業主と請負・委任の関係に あった ・ なかった</p> <p>ハ 当事業主または密接な関係の事業主の役員就任 していた ・ したことはない</p>			
⑪対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか				該当する ・ 該当しない			
⑫対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか				該当する ・ 該当しない			
⑬転換後の6か月間において賃金（時間外手当を含む。）を適切に支給しているかどうか。				適切に支給している ・ 適切に支給していない			
⑭支給申請日において、転換後の雇用区分の状態が継続しているかどうか。				継続している ・ 継続していない			
⑮支給申請日において、正規雇用労働者については有期雇用労働者または無期雇用労働者、無期雇用労働者については有期雇用労働者への転換が予定されているかどうか。				予定している ・ 予定していない			
⑯ 上記の内容について間違いのないことおよび転換後の賃金が適切に支払われていることを対象労働者本人またはその保護者に確認しましたか。 ※ 虚偽の内容によって申請した場合、対象労働者ご本人等にも直接確認を行う場合があります。 ※ 特に、上記⑩の記載に誤りがないか対象労働者ご本人等にご確認頂いてください。				はい ・ いいえ			
事業主確認欄	<p>上記の内容について間違いのないことを確認しました。</p> <p>※記載内容に虚偽が発覚した場合、助成金の不正受給として事業所名公表や刑事告発等を行う場合がありますので、記載内容に誤りがないか、必ずご確認ください。 ※申請代理人が不正受給に関与した場合や不正の事実を知っていて黙認した場合、申請代理人に返還の連帯責任を負っていただきます。</p> <p>令和 年 月 日 （事業主名）</p> <p>（代理人または事務代理者・提出代行者の場合のみ） 令和</p>						